Zur Pathologie und Therapie
des
parametritischen Exsudats.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 9. Januar 1892

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Alfred Pritzel

aus Osnabrück.

OPPONENTEN:

Hr. Dd. med. E. Weppler.
- Cand. med. K. Herbst.
- Cand. med. Fr. Niedendarp.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstrasse 158.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535703_0089

Meinen theuren Eltern!

Vorliegende Arbeit ist das Ergebniss meiner halbjährigen Thätigkeit in der gynäkologischen Poliklinik der Universitäts-Frauenklinik zu Berlin; alle von mir veröffentlichten Fälle habe ich unter gütiger Anleitung des Chefs der Poliklinik, Hrn. Dr. Winter, selbst untersuchen und beobachten können. Der Zweck der Arbeit ist, an der Hand eigener Beobachtungen zur Pathologie und Therapie des parametritischen Exsudats einige Beiträge zu liefern, ein Zweck, der sich rechtfertigt, wenn man bedenkt, wie stiefmütterlich auch in den gebräuchlichsten und grössten Lehrbüchern das ebenso häufige wie oft schwierig zu beurtheilende Gebiet der entzündlichen Vorgänge und Erscheinungen des parametranen Gewebes behandelt wird.

Am wenigsten habe ich, selbst in den dies Thema behandelnden Publicationen, über die Differentialdiagnose eines extra- und intraperitonealen (also eines para- und perimetritischen) Exsudats gefunden und werde ich deshalb im Nachfolgenden ein Hauptgewicht auf diesen Punkt legen, zumal die Prognose durch den Sitz des Exsudats doch wohl im Wesentlichen beeinflusst werden, und eine genaue Diagnose deshalb nicht ohne Wichtigkeit sein dürfte.

Aetiologie.

Auf Virchow's Arbeit vom Jahre 1862 basiren unsere jetzigen Kenntnisse von den entzündlichen Vorgängen des Beckenbindegewebes. Der von ihm geschaffene

Name „Parametritis“ kennzeichnete eine ganz bestimmte Erkrankung, während vordem verschiedene Krankheitsbegriffe bunt durcheinander geworfen waren. Wir verstehen also heute unter Parametritis eine entzündliche Affection des Beckenbindegewebes im Bereich des Uterus, die wir wohl nach dem Vorgange W. A. Freund's in eine acute und chronische Form zu unterscheiden haben. Die letztere Form, die „Parametritis chronica atrophicans“ W. A. Freund's, sowohl die circumscripte als auch diffuse, scheint uns durch einfache Reize (Traumen, Onanie etc.) bedingt zu sein und giebt sich, wie der Name besagt, in Fällen wo der Process nicht circumscript bleibt, durch ein sehr langsames Fortschreiten kund. Bei der acuten Form dagegen, die im Nachfolgenden ausschliesslich abgehandelt werden soll, dürften wir es mit einer Mikroorganismeninvasion zu thun haben, wie es uns ihr progredienter Charakter, verursacht wohl durch Vermehrung und Vordringen der Krankheitserreger, nahe legt.

Wie bei einer jeden Infectionskrankheit finden wir eine Mitleidenschaft des ganzen Organismus und als Ausdruck derselben vor Allem das Fieber, oft mit einem oder mehreren Schüttelfrösten einsetzend. Die acute Parametritis tritt uns in einer exsudativen und suppurativen Form entgegen; Freund gebraucht hier die Ausdrücke: „einfache Phlegmone“ und „septische Phlegmone“. Jedoch möchte ich diese Ausdrücke nicht annehmen, da man unter Phlegmone wohl immer eine zur Eiterung tendirende Zellgewebsentzündung verstehen würde; und das kann man von einer exsudativen Parametritis doch nicht sagen. Ich wenigstens sah unter den von mir beobachteten **34 Fällen** exsudativer Parametritis keinen einzigen, wo ein ganzes Exsudat der eitrigen Schmelzung verfiel und muss diesen Vorgang demgemäss als ein sehr seltenes Vorkommen hinstellen. Ebenso sah Olshausen unter 250 an der Klinik in Halle beobachteten Fällen peri- und parametritischer Affectionen nur 3 Abscedirungen. Allerdings fand sich unter meinem Material einmal in einer sonst harten Exsudatmasse eine das Rectum vorwölbende circumscripte weiche Stelle, die als para-

metritischer Abscess angesprochen werden musste, zumal eine Temperaturerhöhung von 39,5° zu constatiren war. Trotz sorgsamer Beobachtung — die Patientin wurde in die Klinik aufgenommen — konnte jedoch kein Eiterabgang nachgewiesen werden. Nach 12 Tagen war von dem Erweichungsherd nichts mehr zu fühlen, sondern nur harte Exsudatmassen. Hat hier thatsächlich eine Eiteransammlung bestanden, so ist sie jedenfalls ganz local geblieben und hat nicht das ganze Exsudat zur Vereiterung gebracht.

Im scharfen Gegensatz zu dieser relativ gutartigen Erkrankung steht die specifisch septische, suppurative Form; hier ist die Bezeichnung „septische Phlegmone" angebracht. In der rapidesten Weise schreitet hier der Process fort, bald zur Eiterung und oft auch zur Jauchung führend. Während bei der exsudativen Form das parametrane Gewebe selten überschritten wird, kennt diese suppurative Form keine Grenzen und greift bald Platz vom ganzen Beckenbindegewebe bis hinauf zum subperitonealen Gewebe des Bauches und Rückens, selbst Fascien und Muskeln nicht schonend. Der ärztlichen Kunst trotzend wird der Exitus letalis unter dem Bilde der Septicämie der gewöhnliche Ausgang sein.

Naturgemäss wird ein ambulatorisches Material Fälle suppurativer Parametritis nicht liefern, und stehen daher zur Verfügung und Erörterung nur Fälle exsudativer Parametritis, die ja auch in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht bei weitem wichtiger und interessanter sind.

Ob diesen beiden Formen verschiedene pathogene Mikroorganismen oder eine verschiedene Virulenz derselben Erreger oder endlich eine verschiedene Widerstandsfähigkeit des Organismus zu Grunde liegen, das sind noch offene Fragen. Doch scheint mir letzterem Punkte eine grosse Bedeutung beizumessen zu sein, sehen wir doch die bösartige Form der parametranen Entzündung fast nur im Wochenbett auftreten, wo die besten Bedingungen für die zerstörende Wirksamkeit der Bakterien gegeben sind. Zur Entscheidung dieser Frage etwas Positives beizutragen, ist mir nicht möglich, ich vermag nur die

aus meinem Material gefundenen klinischen Thatsachen als ursächliche Momente anzuführen, wo nach unserer Ansicht dem schädlichen Agens Gelegenheit geboten wurde, seine Thätigkeit zu entfalten.

Aetiologische Momente kann ich folgende aufstellen:

Partus	4 mal
Abortus	6 mal
Sondirung	4 mal
Uterine Sublimatspülung	1 mal
Ovariotomie	3 mal
Exacerbation alter Entzündungen	9 mal
(5 mal zur Zeit der Menses)	
Menses	4 mal (resp. 9 mal).

Erschütterung des Körpers und Erkältung wird je 1 mal angegeben, 1 mal gar keine Ursache. 9 von den Patientinnen waren Nulliparae.

Zu dieser tabellarischen Uebersicht habe ich zu bemerken, dass es sich bei den unter Sondirung erwähnten Fällen nicht um eine einfache Sondirung gehandelt hat, sondern 3 mal um Sondirungen im gynäkologisch-diagnostischen Kurs, wo mehrere Male sondirt und dann noch von mehreren Herren nachuntersucht wurde. Zwei von den Patientinnen waren wegen Retroflexio resp. Retroversio in Behandlung und nur zum Pessarwechsel gekommen, sonst aber gesund. Die dritte, eine Nullipara, war wegen Schmerzen vor der Regel zu uns gekommen; bei der Untersuchung fanden sich ausser einer Anteflexio normale Verhältnisse. In dem 4. Falle wurden durch die Sonde Chlorzinkmembranen zerstört bei einer Patientin, die wegen Endometritis curettirt und dann längere Zeit mit Chlorzinkinjectionen behandelt worden war.

Die uterine Sublimatspülung wurde wegen Endometritis gemacht.

Was die Exacerbationen früherer Entzündungen anbelangt, so konnte über deren Natur, ob para- oder perimetritischen Ursprungs, Genaueres nicht mehr festgestellt

werden; von den Frauen wurden sie Unterleibsentzündungen genannt, die meist in früheren Wochenbetten acquirirt worden waren.

Besonders häufig und wohl noch nicht genug beachtet erscheint die Zeit der Regel als ätiologisches Moment für das Zustandekommen von Exsudaten. Freilich 5mal handelte es sich um ein Auflodern eines alten entzündlichen Processes; 4mal jedoch trat während der Periode bei bislang völlig gesunden Personen plötzlich ein Exsudat auf. Es konnten freilich in den letzten Fällen immer starke körperliche Anstrengungen, wie Waschen, längeres Gehen u. s. w. während der betreffenden Regel constatirt werden.

Steht man auf dem Standpunkte, als Ursache für die exsudative Entzündung des Parametriums eine Coccenеinwanderung anzunehmen, so würde diese Ansicht durch die eben angeführten Fälle nur bestärkt werden. Wie das Puerperium, so liefern auch die menstruellen Verhältnisse bei dem hyperämischen und aufgelockerten Zustand des ganzen Genitaltractus den besten Nährboden für Mikroorganismen, zumal wenn diese günstigen Infectionsverhältnisse noch durch äussere Einflüsse verbessert werden.

Pathologische Anatomie.

Sectionsbefunde über exsudative Parametritis stehen mir nicht zur Verfügung, indem keiner der von mir beobachteten Fälle zur Autopsie kam; jedoch wird man sich aus den klinischen Befunden gewisse Rückschlüsse gestatten dürfen. Dass es sich im ersten Stadium der Erkrankung um eine massenhafte Exsudation handeln muss, lehren uns die weichen, oft kaum fühlbaren Geschwülste, dass das Exsudat stark kleinzellig infiltrirt und fibrinös sein muss, zeigen die bald stattfindenden Veränderungen, indem durch Aufsaugen der flüssigen Bestandtheile bald eine Eindickung und Verhärtung eintritt. Die Residuen des entzündlichen Processes lassen uns erkennen, dass es sich um narbige Schrumpfungen handeln muss.

Wie schon angedeutet, kann dieser entzündliche Process von dem ganzen parametranen Gewebe Besitz ergreifen und alle Theile, alle Buchten und Taschen dieses lockeren zellreichen Gewebes ausfüllen. Ja in besonders heftigen Fällen wird auch eine einfache exsudative Parametritis das parametrane Gewebe überschreiten können und sich in die continuirlichen Fortsetzungen desselben, in das subperitoneale Gewebe, erstrecken können, ohne den specifisch septischen Charakter zur Schau zu tragen. Freilich sehr selten dürfte einem einfachen Exsudat dieses progrediente Verhalten zukommen, fand ich doch unter meinen 34 Fällen keinen einzigen dieser Art.

Kann auch das ganze parametrane Gewebe Sitz eines Exsudates sein, so finden wir bei einer Betrachtung meiner Fälle meist nur einen Theil desselben befallen und auch da gewisse Prädilectionsstellen. Am häufigsten habe ich die hinteren Partien des parametranen Gewebes befallen gefunden, sodann die seitlichen Theile meist allerdings combinirt mit Ergriffensein der hinteren Theile, indem die Falten der Lig. lata allein nur 7mal Sitz des Exsudates waren. Die vordere Beckenhälfte war nur 2mal von der Exsudation ergriffen und auch da nur in geringem Maasse, indem allein der vordere Abschnitt des rings den Cervix umgebenden, also zwischen Blase und Uterus gelegenen Gewebes infiltrirt war. Das Exsudat ging in diesen Fällen rings um den Cervix herum, vom antecervicalen Gewebe also in's retrocervicale über, und fand dann hinten, in dem einen Falle in den beiden Douglas'schen Falten, in dem anderen Falle in dem ganzen linken hinteren Beckenquadranten nebst der rechten Douglas'schen Falte seine Hauptausbreitung. Sehr häufig ist das Gewebe zwischen Uterus und Rectum, das sogenannte retrocervicale Gewebe, von der Exsudation ergriffen, ja wohl in fast allen Fällen, in denen beide Beckenhälften betheiligt sind, ist es doch die natürliche Brücke zwischen ihnen, wenn, wie wir gesehen, das antecervicale Gewebe so verschwindend wenig afficirt wird. Dass sich der Process dann noch weiter nach unten in's Septum rectovaginale fortsetzt,

habe ich nur 2mal gefunden. Anfügen möchte ich noch, dass man diese retrocervicalen Infiltrationen am besten durch eine rectale Untersuchung constatirt, und zwar indem man den Zeigefinger in's Rectum und den Daumen in die Vagina einführt. Ueberhaupt halte ich für eine genaue Diagnose der Exsudate die rectale Untersuchung für kaum entbehrlich, wie denn auch die vaginalen Befunde in meinen Fällen immer durch die rectalen controlirt und ergänzt wurden.

Worin nun der Grund für die Vorliebe der Exsudate zu den hinteren Beckenpartien zu suchen ist, wage ich nicht zu entscheiden. Vielleicht dürfte der grössere Reichthum an Lymphgefässen in der hinteren Beckenhälfte dem entzündlichen Process die Wege bahnen, vielleicht auch dürften die Gesetze der Schwere hierbei eine Rolle spielen, indem ein so lockeres Gewebe, wie das parametrane, den nach hinten unten drängenden Exsudatmassen wohl nicht den genügenden Widerstand leistet, und die schon gegebene, natürliche schiefe Ebene in den ersten Tagen, der Zeit der entzündlichen Ausschwitzung, gewöhnlich durch Bettlage noch vergrössert wird.

Eine Angabe Bandl's, dass die linke Beckenhälfte häufiger ergriffen sei als die rechte, kann ich aus meinen Fällen nicht bestätigen; im Gegentheil, ich habe 23 mal die linke und 25mal die rechte Beckenhälfte befallen gefunden. Hierbei war links: 21mal die Douglas'sche Falte und 13mal das Ligamentum latum, rechts: 15mal die Douglas'sche Falte, 14mal das Ligamentum latum ergriffen. Das retrocervicale Gewebe war 16mal, das antecervicale 2mal und das Septum recto-vaginale 2mal betroffen. Dass sich bei diesen Befunden die mannigfaltigsten Combinationen ergeben je nach Betheiligung der einzelnen Abschnitte des parametranen Gewebes und der Grösse der Exsudate, bedarf kaum der Erwähnung.

Ergänzungen in Bezug auf Localisationsverhältnisse und Eigenthümlichkeiten des parametritischen Exsudates finden sich in einem folgenden Abschnitte der Arbeit, welcher der Diagnose gewidmet ist.

Symptome.

Wie bei einer jeden Infection haben wir örtliche und allgemeine Symptome zu unterscheiden. Die Erkrankung beginnt unter Fieber mit oder ohne deutlichen Schüttelfrost. Nach Angabe der meisten Patientinnen dauerte das Fieber 2—4 Tage. Aber wie leicht wird mit der Akme ein Ende des Fiebers angenommen und der Abfall desselben nicht mehr gerechnet. In 3 Fällen konnte ich gar keine Fiebersymptome eruiren. Nach einer Publication Olshausen's dauern die Fiebererscheinungen bei der puerperalen Parametritis und Perimetritis in ca. 70 % aller Fälle 8 Tage, in weiteren 20 % ziehen sich dieselben bis zu 14 tägiger Dauer hin und in 10 % über diesen Termin hinaus. An der Hand meiner Fälle nähere Mittheilungen über das Verhalten des Fiebers zu machen, ist mir nicht möglich, da bei dem poliklinischen Material, das mir zur Verfügung stand, genaue Temperaturmessungen nicht angestellt werden konnten. Eine Patientin zwar, die Krankenpflegerin war, hat mir eine Fiebercurve angefertigt, die unter leichten Schwankungen eine allmähliche Remission zeigt; doch da auch hier die wichtigen Anfangstage fehlen, dürfte ihre Veröffentlichung wenig Interesse bieten. Wie über die Temperatursteigerung, kann ich auch über die Pulsfrequenz keine erheblichen Angaben machen. Hand in Hand mit dem Fieber geht ein oft sehr gestörtes Allgemeinbefinden, das gewöhnlich 8, oft auch 14 Tage anhält. Die Frauen machen dann häufig einen schwerkranken Eindruck, sie sehen collabirt und anämisch aus. In allen Fällen fast fühlen sie eine grosse Mattigkeit und fehlt ihnen der Appetit. Häufiges Belegtsein der Zunge beweist uns ein Darniederliegen der Verdauung, wie denn auch Obstipationen nichts Ungewöhnliches sind. Diese lange Dauer der Allgemeinsymptome scheint mir, wenigstens in sehr vielen Fällen, auch ein längeres Anhalten des Fiebers, als nach den Angaben meiner Patientinnen anzunehmen, wahrscheinlich zu machen. Die von Olshausen erwähnten

und beobachteten Nachtschweisse kamen in einem Falle zur Beobachtung.

Das hauptsächlichste locale Symptom der Parametritis sind die Schmerzen, die oft ganz plötzlich zugleich mit dem Fieber auftreten, oft sich auch ganz allmählich steigern. Im Wochenbett werden sie zuerst oft für sehr schmerzhafte Nachwehen angesehen. Die Schmerzen werden, je nach dem Sitz des Exsudates, entweder als Schmerzen in der Seite oder als Kreuzschmerzen geklagt. Häufig werden auch bei grossen Exsudaten, wo fast beide hintere Quadranten ergriffen sind, mehr diffuse Schmerzen im ganzen Leibe ohne genauere Localisation angegeben, wobei freilich die Kreuzschmerzen besonders oft hervorgehoben werden. Manchmal wurde ein Ausstrahlen des Schmerzes in den Rücken bis hinauf zum Nacken beschrieben, manchmal auch ein Ausstrahlen in die unteren Extremitäten, letzteres vielleicht auf einer Mitbetheiligung des Ovariums beruhend.

Während bei manchen Frauen die Schmerzhaftigkeit eine sehr grosse ist, ist sie bei anderen dagegen oft auffallend gering. Wir haben dies wohl aus der mehr oder minder starken Reizung und Betheiligung des Peritoneums zu erklären. Ein in dieser Beziehung sehr auffallendes Beispiel kann ich anführen:

Eine Nullipara wurde wegen Endometritis mit intrauterinen Sublimatspülungen in der Klinik behandelt. Als sie die vierte Ausspülung erhalten sollte, wurde plötzlich ein grosses Exsudat bei ihr entdeckt, ohne dass die Patientin über besondere Beschwerden geklagt hätte. Befragt, gab sie an, dass sie seit 3—4 Tagen sich etwas matt gefühlt und Abends etwas Frösteln gehabt habe. Die Defäcation sei in den letzten Tagen etwas schwer und schmerzhaft gewesen, sonst habe sie keine Schmerzen gehabt.

Der Befund war folgender:

Per vaginam: Uterus leicht anteflectirt, fast aufgerichtet; nicht vergrössert. Der Cervix hinten fest fixirt durch einen Tumor, der rechts und hinten ziemlich breit an ihn herantritt. Derselbe verbreitet sich fächerförmig gegen die hintere Beckenwand hin, wo er

sich breit und fest mit ihr verbindet, nach vorn reicht er über die Articulatio sacro-iliaca. Er scheint wesentlich dem Verlauf der rechten Douglas'schen Falte zu folgen und die linke freizulassen. Seine Dicke beträgt etwa 3 cm. Schleimhaut der Vagina auf dem Tumor ist unverschieblich. Palpation nicht schmerzhaft.

Per rectum: fühlt man genau das Exsudat in der rechten Douglas'schen Falte sitzen. Das retrocervicale Gewebe ist frei.

Aehnliche, wenn auch nicht so typische Fälle habe ich noch mehrere beobachten können.

Der Charakter der Schmerzen ist ein sehr mannigfacher. Vorzugsweise habe ich dieselben als ziehende, krampfartige beschreiben hören. Daneben wurde über Schneiden und Stechen im Leibe geklagt, Symptome, die man wohl vor Allem auf Rechnung des Peritoneums zu schreiben hat, findet man sie doch auch bei der Entzündung anderer seröser Häute wieder, z. B. bei der Pleuritis.

Neben diesen spontanen Schmerzen haben wir noch die Druckempfindlichkeit zu erwähnen, welche die ersteren gewöhnlich überdauert; ebenso wie sie gewöhnlich das erste Zeichen der beginnenden Krankheit ist. Dieser vor Allem sind die Schmerzen beim Stuhlgang zuzuschreiben, die sich wohl in allen Fällen, wo das Exsudat mit dem Rectum in Beziehung trat, nachweisen liessen. Dieselben können übrigens so heftig sein, dass die Patientinnen sich ordentlich vor der Stuhlentleerung fürchten und auch dadurch eine Obstipation begünstigen. Einige Frauen gaben an, dass sie schon eine Zeitlang vor der Stuhlentleerung stärkere Schmerzen zu haben pflegten, wohl bedingt durch den Druck der in's Rectum gelangenden Kothsäule. Erklärlich ist, dass hierbei oft ein verstärkter Stuhldrang besteht, wie denn auch ein „Drängen auf den Mastdarm" des Oefteren geklagt wird.

Neben diesen Defäcationsbeschwerden habe ich sehr häufig Schmerzhaftigkeit beim tiefen Athemholen und beim Husten gefunden, auf demselben Grunde beruhend, wie jene, indem hier der erhöhte intraabdominelle Druck es ist, der einen Druck ausübt. Bei grösseren Exsu-

daten und vor Allem bei denen, die sich zwischen Blase und Uterus erstreckten, konnte häufiges schmerzhaftes Harnlassen beobachtet werden. Ischurie kam nicht vor; ebenso nicht die von Freund beobachteten Hydronephrosen. Häufiger wurde ein fortwährendes Drängen zum Uriniren geklagt.

Venöse Stauungen kamen nicht zur Beobachtung, ebenso nicht Neuralgien.

Auf eins, was mir besonders aufgefallen ist, möchte ich noch aufmerksam machen, nämlich auf die Störungen in den Menstruationsverhältnissen während der Krankheit. Die Regel wurde unregelmässig, stärker, und in den bei Weitem meisten Fällen trat während derselben eine Exacerbation der Schmerzen auf, wenigstens in der ersten Zeit der Krankheit. Dieselbe ist wohl in Beziehung zu bringen mit einem durch die Schwellung des Uterus bedingten Druck auf die schmerzhafte entzündete Umgebung und einer Zerrung derselben. Dieses allmähliche, durch den stärkeren Blutreichthum verursachte Anschwellen des Uterus würde auch erklären, dass Frauen schon 1—2 Tage vor dem Eintritt der Menses über besondere Schmerzen klagten, fast alle aber aussagten, dieselben seien im Anfang der Regel, dem Höhepunkt der Fluxion, am heftigsten und nähmen dann mit derselben wieder ab. Nicht von der Hand zu weisen ist auch, dass bei der erhöhten Schmerzhaftigkeit während der Menstruation eine Betheiligung des Endometriums im Spiele ist.

Würde diese Endometritis nicht auch eine Erklärung geben für die profusen und unregelmässigen Blutungen? Es war die Regel meist anteponirend und lange anhaltend. Des Oefteren traten auch in der Zwischenzeit Blutungen auf. In 2 Fällen wurden dieselben so stark, dass Ergotin-Suppositorien verabreicht werden mussten. Neben der erwähnten Endometritis würde zur Erklärung dieser Thatsachen noch die bei einer jeden Entzündung bestehende Hyperämie in Betracht gezogen werden müssen; eine Hyperämie, die im weiteren Verlauf des Processes durch die angewandten Vaginaldouchen zum Theil erhalten wird. (Siehe Therapie.)

Vielleicht kann man bei Exsudaten im Ligamentum latum noch an eine Behinderung des venösen Abflusses aus dem Uterus denken, wodurch dann auch eine Hyperämie bedingt sein würde.

Solche anomalen Menstruationsverhältnisse fand ich unter 20 Fällen, die bis zu ihrem Ablauf beobachtet wurden, nicht weniger als 14 mal.

Die übrigen von den oben erwähnten 34 Fällen konnten leider nicht in ihrem ganzen Krankheitsverlauf verfolgt werden, theils weil die Patientinnen fortblieben, theils weil die mir bleibende Zeit nicht ausreichte. Es ist daher in diesem Abschnitt hauptsächlich auf die 20 Fälle, deren vollständige Krankengeschichten vorliegen, Rücksicht genommen, ausschliesslich jedoch in dem die Therapie behandelnden Theil der Arbeit; während bezüglich der Aetiologie, pathologischen Anatomie und Diagnose selbstverständlich alle Fälle herangezogen werden konnten.

Diagnose.

Nicht zu den leichtesten Diagnosen in der Medicin gehören diejenigen der Beckentumoren, zu denen man, ihrer voluminösen Gestalt wegen, kurzweg die Exsudate auch rechnet. Kurz betrachtet, haben wir für die Diagnose der Exsudate im Allgemeinen folgende Charakteristica aufzustellen: erstens die mehr oder minder diffuse flächenhafte Ausbreitung im Gegensatz zu einer circumscripteren, mehr rundlichen Gestalt von Myomen Ovarialtumoren etc. Zweitens die breite, feste und innige Verbindung mit dem Becken im Gegensatz zu der mehr oder weniger grossen Beweglichkeit obengenannter Tumoren.

Anamnestisch käme sodann in zweiter Linie sehr in Betracht: ein plötzliches Auftreten unter Fiebererscheinungen. Ein Schmerzgefühl, worauf im Schröder'schen Lehrbuch hingewiesen wird, dürfte irrelevant sein für die Diagnose, indem schon eingedickte Exsudatmassen absolut unempfindlich sein können, während andere Tumoren, die zu entzündlichen Verwachsungen Anlass

gegeben haben, oft äusserst schmerzhaft bei der Palpation sind. Ebenso kann man von einer den Exsudaten eigenthümlichen Consistenz nicht sprechen, da man alle Zustände von der grössten Weichheit bis zur Knochenhärte je nach den verschiedenen Stadien findet. Während ein ganz frisches Exsudat so weich sein kann, dass es kaum zu fühlen ist, kann ein altes eingedicktes, der Resorption halb anheimgefallenes und nur noch mit einem Reste dem Knochen aufsitzendes Exsudat so hart sein, dass es eine Exostose vortäuscht.

Weit schwieriger als die eben kurz gestreifte Differentialdiagnose gegen andere Beckentumoren ist diejenige eines intraperitonealen und eines extraperitonealen Exsudats. Nur unter genauer Berücksichtigung der anatomischen Verhältnisse und der aus ihnen resultirenden Eigenthümlichkeiten und charakteristischen Merkmale beider Exsudatformen wird es uns möglich sein, ein sicheres Urtheil und eine sichere, für die Prognose, wie erwähnt, doch so wichtige Differentialdiagnose zu stellen. Freilich wird es auch dem geübtesten Gynäkologen nicht immer gelingen, zu einer genauen Diagnose zu kommen, zumal wenn man bedenkt, dass bei dem fortschreitenden, alle benachbarten Organe leicht ergreifenden Wesen der Entzündung Mischformen leicht vorkommen können. Wir wollen erstens nun die Merkmale eines parametritischen im Gegensatz zu denen eines perimetritischen Exsudats besprechen und zweitens das Verhalten der Nachbarorgane, soweit damit gute Anhaltspunkte zur Diagnose gegeben werden.

Wichtige differentialdiagnostische Gesichtspunkte geben uns schon die Localisationsverhältnisse eines Exsudats. Dass der Sitz eines extraperitonealen Exsudats ein tieferer sein muss als der eines intraperitonealen, liegt auf der Hand. Leider ist es aber gerade äusserst schwierig zu bestimmen, wie tief ein Exsudat sitzt; ist doch ein ganz normales Parametrium für das Gefühl nicht vorhanden. Freilich wird man ein parametritisches Exsudat bei einfacher Vaginalexploration immer fühlen können, während ein perimetritisches nicht immer so wird erreicht werden können. Und doch giebt es diesem

kaum verwendbaren Unterschiede gegenüber ein Merkmal, welches, ist es vorhanden, uns mit Sicherheit ein Urtheil ermöglicht, ich meine ein Unverschieblichsein der Vaginal- resp. der Rectalschleimhaut. Jedenfalls stellt ein solcher Befund eine Affection des Parametriums sicher. Ob dabei noch das Peritoneum mitbetheiligt ist, ist eine andere Frage. Ich habe 8mal die Vaginalschleimhaut und 4mal die Rectalschleimhaut unverschieblich gefunden. Vielleicht hätte dieser Befund noch häufiger erhoben werden können, wenn von Anfang an in genügender Weise darauf geachtet worden wäre, ein Uebelstand, der sich durch diesen ganzen Theil der Arbeit hindurchzieht, indem von mir hervorgehobene differentialdiagnostische Momente erst im Laufe der Arbeit auffielen und dann erst genauere Beachtung fanden.

Wie schon hervorgehoben, giebt uns ein genaues Studium des Verlaufs des Beckenbindegewebes mannigfaltige Anhaltspunkte zur Differentialdiagnose. Ich möchte hier besonders auf ein Umgriffensein des Rectums von Exsudatmassen, meist mit einer Dislocation desselben verbunden, hinweisen. Neben dieser Dislocation findet man oft auch eine Verengerung im Lumen, indem das Exsudat das Rectum schleifenförmig umfasst und so Stenosen schaffen kann, die bei der Defäcation nicht nur grosse Schmerzen verursachen, sondern häufig auch zu einer ziemlich bedeutenden Koprostase Anlass werden können. Ja in einzelnen Fällen hat man schon, um Abhilfe zu schaffen, zur Colotomie schreiten müssen.

Im Gegensatz hierzu steht Schröder, welcher bei der Diagnose des perimetritischen Exsudats sagt: nur für das Rectum bliebe eine enge Oeffnung in der erstarrten Masse und dieses runde Loch, welches durch die Geschwulst hindurchgehe, sei bei der Untersuchung per rectum sehr charakteristisch. Man bedenke, dass hierbei doch nur der oberste Abschnitt des Rectums, wo ein Mesorectum existirt, also vom 1—2 Kreuzbeinwirbel an aufwärts in Betracht kommen könnte, und auch da glaube ich, dass das Exsudat das Rectum nicht so allseitig umgeben wird, dass es als rundes Loch durch die

Geschwulst hindurchgeht, sondern glaube vielmehr, dass das Exsudat in den tieferen Partien sich ansammelnd, wo das Rectum nicht mehr intra saccum peritonei gelagert ist, hier zunächst dasselbe an die hintere Beckenwand andrängt und, weiter aufwärts fortschreitend, dasselbe immer mehr der Beckenwand nähert. Jedenfalls ist für den unteren Abschnitt des Rectums, auf den der palpirende Finger doch zunächst stösst, ein Umgebensein von Exsudatmassen ausgeschlossen und kann daher von einem charakteristischen Befunde per rectum bei einem intraperitonealen Exsudate im Schröder'schen Sinne keine Rede sein, wohl aber bei einem extraperitonealen Exsudate. Dass im Uebrigen bei meinen Befunden der extraperitoneale Theil des Rectum vom Exsudat umgeben war, beweist mir auch, dass ich bei der rectalen Exploration von hinten her sehr häufig das Exsudat umgreifen konnte, was bei einem Sitze dicht unterhalb des Promontoriums wohl kaum möglich gewesen wäre.

Bei dem Umgriffensein des Rectums ist immer das retrocervicale Gewebe betheiligt, auf dessen Ergriffensein allein ich als wichtiges differentialdiagnostisches Moment hinweisen möchte, da es durch eine combinirte Rectal- und Vaginaluntersuchung so leicht und sicher zu diagnosticiren ist (s. S. 11). Und anderswo als im parametranen Gewebe kann die Infiltration nicht gelegen sein, da dem perimetritischen Process durch die Umschlagstelle des Peritoneums Halt geboten wird, während dieser ja viel tiefer gelegen ist und überhaupt eine viel flachere Gestalt hat als ein wohl immer mehr oder minder kugeliges Exsudat im Douglas. Ferner wird man leicht die continuirliche Ausbreitung in die Douglas'schen Falten resp. in die Lig. lata verfolgen können. Noch leichter wird die Diagnose gemacht, wenn man das Septum recto-vaginale betroffen findet, man fühlt dann, wie eine kammartige Fortsetzung in dasselbe hineingeht.

Dass man, um die Diagnose eines parametritischen Exsudates zu stellen, den Uterus abtasten müssen kann, ist klar; wenn es auch denkbar wäre, dass ein intraligamentäres Exsudat sich so hoch hinauf erstrecken

könnte, dass von der einen Seite des Uterus nichts mehr zu fühlen wäre, so wird man doch immer die Vorder- und Hinterfläche tasten können, denn dass hier das Peritoneum abgehoben würde, ist wegen seiner festen Verbindung mit dem Uterus wohl kaum denkbar. So ist denn auch in den meisten Fällen — ich habe es nie anders gefunden — selbst bei hochreichenden Exsudaten der Fundus uteri ganz frei.

Betrachten wir nun beide Exsudatformen auf ihre Gestalt hin, in wie fern sich da Unterscheidungsmerkmale zeigen. Im Allgemeinen wird, wie es auch J. Veit in seiner gynäkologischen Diagnostik hervorhebt, ein perimetritisches Exsudat unten rund und oben flach sein, indem es die natürlichen Höhlen des Körpers, besonders selbstverständlich die Excavatio Douglasii, ausfüllt und vorwölbt, während sich oben Verwachsungen bilden. Im Gegensatz hierzu wird ein parametritisches Exsudat unten flach und oben rund sein, indem es die Peritoneal-Duplicaturen entfaltet und unten dem Diaphragma pelvis aufgelagert ist. Doch wird man hier immer etwas vorsichtig sein müssen, indem besonders ein frisches parametritisches Exsudat, das nicht zu klein ist, das Scheidengewölbe oft kugelig vorwölbt, wobei dann besonderes Gewicht auf das Verhalten der Schleimhaut zu legen ist. Hat man es dagegen mit einem schon im Stadium der Schrumpfung begriffenen Exsudat zu thun, das unten concav eingezogen und oben mehr convex ist, so spricht das ziemlich sicher für ein parametritisches Exsudat. Erwähnen möchte ich, dass man letztere Exsudatform in vorgerückterem Stadium sehr häufig fächerförmig oder auch, wenn der Dicken- und Breitendurchmesser ziemlich gleich sind, keilförmig gegen die Beckenwandung hin ausgebreitet findet. Im Grossen und Ganzen ist wohl der Hauptunterschied zwischen beiden Exsudatformen der, dass ein parametritisches Exsudat stets mehr flächenhaft, ein perimetritisches stets mehr kugelig sein wird.

Was die Consistenz eines Exsudates anbelangt, so hat sie differentialdiagnostisch kein so grosses Interesse. War schon von der langen Dauer des Processes bei der Gestalt der Exsudate die Rede, so kommen hier die

zeitlichen Verhältnisse noch vielmehr in Betracht. Wie schon eingangs erwähnt wurde, finden alle nur möglichen Uebergangsformen von der grössten Weichheit bis zur Knochenhärte statt. Doch wird das Gefühl der Fluctuation nur den ganz frischen und den in eitriger Schmelzung begriffenen Fällen parametritischer Exsudation zukommen und auch hier werden die ersteren Fälle mehr das Gefühl der teigigen Consistenz dem Untersuchenden darbieten. Alles in allem wird Fluctuation immer den abgekapselten peritonitischen Ergüssen zukommen und sich im Gegensatz zu dem parametritischen Exsudat, auch wenn schon in Resorption begriffen, ziemlich lange halten und auf diese Weise auch der Differentialdiagnose von Nutzen sein könne.

Wir kommen nun auf das Verhalten der Nachbarorgane zu sprechen und betrachten zunächst die Verlagerungen des Uterus. Wir finden hier alle möglichen Lageveränderungen der Gebärmutter; ja im einzelnen Falle sehen wir dieselbe im Laufe der Krankheit verschiedene Lagen einnehmen, wie ich zu beobachten reichlich Gelegenheit hatte. Hat ein grösseres Exsudat z. B. die ganze linke Beckenhälfte eingenommen und den Uterus vollständig nach rechts gedrängt, so wird im Stadium der Schrumpfung derselbe wieder in seine normale Lage zurückkehren, ja der Schrumpfungsprocess wird oft so stark sein, dass er seinerseits nun noch einen Zug ausübt und statt einer Rechtsverlagerung nun eine Linksverlagerung eingetreten ist. Bei der ersten Verlagerung wird, besonders wenn, wie meistens, der linke hintere Beckenquadrant der Sitz des Exsudats war, die Versionsstellung das Gewöhnliche sein, weil nämlich die Angriffsstelle der drängenden Gewalt die Gegend des inneren Muttermundes, der Knickungsstelle der Gebärmutter, ist. Es findet dadurch, indem der Cervix nach vorn gedrängt und das Corpus seiner Schwere und Bänder wegen zurückgehalten wird, eine Ausgleichung des Knickungswinkels statt und wir haben somit eine Geradstellung des Uterus, die sogenannte Versionsstellung. Anders bei der Schrumpfung. Auch hier findet in der Gegend des

inneren Muttermundes die Einwirkung einer Kraft statt, jedoch entgegengesetzt der eben erwähnten; dem Drängen nach vorn steht hier ein Ziehen nach hinten entgegen und wird somit, anstatt den normalen Knickungswinkel auszugleichen, denselben noch verstärken und die sogenannte Flexionsstellung im Gegensatz zu der Versionsstellung schaffen. Der Regel nach wird eine Anteflexion entstehen, indem gewöhnlich der Zug nach hinten gerichtet ist. Ist derselbe dagegen, wie es bei einer Parametritis im Ligamentum latum vorkommen kann, wenn nämlich der schrumpfende Strang mehr dem vorderen Blatt desselben zugekehrt ist, mehr nach vorn gerichtet, so entsteht eine Retroflexio; letzteres jedoch wohl seltener. — Bei der perimetritischen Entzündung dagegen würden wir wohl mehr Verlagerungen des Uterus in toto antreffen. Das Exsudat wirkt hier, wie leicht ersichtlich, voll und ganz auf den grössten Theil des Uterus, auf das Corpus, aber auch noch wohl auf den grössten Theil des Cervix, indem es das Peritoneum über seine normale Ansatzstelle hinaus durch seine Schwere vorbuchten und somit einen Druckpunkt auf den Cervix gewinnen wird. Dass Antepositionen hierbei das Häufigere sind, erscheint klar, wenn man bedenkt, dass der Douglas'sche Raum für die intraperitonealen Ergüsse die Prädilectionsstelle bildet.

Freilich das eben Gesagte mit Zahlen zu belegen, dürfte wenig zweckentsprechend sein, da sich hierzu nur ganz reine Fälle eignen würden, bei denen vorher ein normal gelegener Uterus und ein normales Parametrium hätten constatirt werden können.

Aber gerade darin, dass man es schon vor der Erkrankung mit anormalen Verhältnissen zu thun hatte, ist der Grund für die vielfachen Abweichungen von den aufgestellten Regeln zu suchen, und wird daher der Werth dieser Darstellung mehr ein theoretischer als ein praktischer sein. Man bedenke nur, wie oft es sich bei meinen Fällen um Exacerbationen handelte (s. S. 8), wo vielleicht schon von der ersten Erkrankung Lageveränderungen zurückgeblieben waren; und dann auch, wie viele Frauen acquiriren durch zu frühes Aufstehen während

des Puerperiums, wo die Bandapparate der Gebärmutter noch schwach sind, dauernde Lageveränderungen derselben, zumal in poliklinischen Kreisen. Zudem wie oft laufen neben dem parametritischen exsudativen Process peritonitische Reizungen einher, und bilden sich dann besonders im Douglas perimetritische Stränge, die den Uterus nach hinten ziehen und eine Retroflexio schaffen können.

Aus diesen drei Punkten erkläre ich mir, trotzdem meine Betrachtungen mir richtig scheinen, die Abweichungen und besonders die oft gefundenen Retroflexionen, die doch eigentlich bei und nach parametritischen Exsudaten sehr viel seltener sein sollten. Um so eher glaube ich das zu können, weil bei Nulliparis, bislang gesunden Personen, der Process sich in der geschilderten Weise meist abspielte. Freilich wird man eine Abweichung nicht das nennen können, wenn der Knickungswinkel des Uterus nur wenig oder garnicht ausgeglichen wurde, aus dem einfachen Grunde, weil das Exsudat zu klein war.

Von den Nachbarorganen interessiren uns neben dem Uterus vor Allem hier besonders das Verhalten der Tube und des Ovariums. Ein intraperitoneales Exsudat mit Sicherheit auszuschliessen, ermöglicht es uns, wenn wir Tube oder Ovarium auf den Exsudatmassen fühlen. Leider ist es uns verhältnissmässig wenig gelungen; allerdings möchte ich hier besonders noch einmal auf den erwähnten Uebelstand einer ungenügenden Beobachtung hinweisen. Ich konnte 2 mal Tube und Ovarium zusammen auf einem Exsudat, 3 mal das Ovarium (1 mal sogar ganz beweglich) und 2 mal die Tube allein fühlen. Beim Palpiren der Tuben wird man sich vor dem Verwechseln mit parametritischen Strängen hüten müssen und oft eine sichere Entscheidung kaum treffen können. In den von mir angeführten Fällen fühlte man einen etwa bleifederdicken Strang, der vom Exsudat ziemlich isolirt zu tasten war und sich an seinem abdominellen Ende etwas verdickte.

In einigen Fällen sah ich das Ovarium aus den Exsudatmassen während der Resorption zum Vorschein

kommen. — Dass Tube und Ovarien, letztere sogar bis zur Hühnereigrösse, manchmal vergrössert vorgefunden wurden, darf nicht Wunder nehmen.

Zum Schluss verweise ich auf den Symptomencomplex, aus dem vielleicht zur Diagnose noch einige Gesichtspunkte verwerthet, jedenfalls aber zur Vervollständigung derselben herangezogen werden können. Freilich werden dieselben im Grossen und Ganzen mehr auf eine entzündliche Erkrankung überhaupt, als auf ein parametritisches oder perimetritisches Exsudat schliessen lassen.

Therapie.

Es wäre hier zunächst der Prophylaxis zu gedenken. Da wir als Krankheitserreger Mikroorganismen annehmen, so müssen wir auf alle nur mögliche Weise den Körper vor ihrem Eindrigen zu schützen suchen. Besondere Vorsicht also wäre da anzuwenden, wo eine solche Infection erfahrungsgemäss leicht statthaben kann: bei Geburten und Wochenbetten, sowie bei allen Operationen und Manipulationen, die den Genitaltractus betreffen. Nach den oben erwähnten Erfahrungen wären die Frauen auch anzuweisen, sich während der Regel recht zu schonen.

Wie die Symptome der Krankheit local und allgemein sind, so wird auch die Therapie eine locale und allgemeine sein, und zwar möchte ich auf letztere besonders aufmerksam machen. Nur eine allgemeine Kräftigung des Körpers garantirt uns einen regen Stoffwechsel, und der ist die Bedingung für die Resorption eines Exsudates. Letzteres scheinen mir vor Allem 2 Fälle zu beweisen:

Der erste Fall betrifft eine 30 jährige Nullipara, die ein Exsudat in der linken Douglas'schen Falte hatte. Dieselbe war sehr chlorotisch und machte einen phthisischen Eindruck. Dabei bestand Appetitmangel und Obstipation. Trotz einer 5 monatlichen Behandlung haben wir das Exsudat nicht zum Schwinden bringen können. Erst in der letzten Zeit, nachdem die Patientin durch Eisen etc.

ihren Allgemeinzustand etwas gehoben hatte, schien das Exsudat sich zu verkleinern. Pat. wurde dann aber, da sie schon lange beschwerdenfrei war, auf Wunsch aus der Behandlung entlassen.

Der zweite Fall betrifft eine 50jährige VIII para, die im linken Ligamentum latum ein Exsudat hatte. Es handelte sich also hier um eine alte Frau, wo der Stoffwechsel naturgemäss ein nicht mehr so reger ist, wie in der Jugend. Demnach ging die Resorption denn auch sehr langsam vor sich, ja vollständig ist sie nicht geworden. Mit einem etwa daumendicken Strang, der vom Cervix zur linken Beckenwand zog, wurde Pat. entlassen nach einer 5 monatlichen Therapie. Pat. war zuerst mit Jodglycerin-Tampons gänzlich erfolglos behandelt worden; einen besseren Erfolg erzielten Vaginaldouchen; den besten wohl Soolbäder im Verein mit Vaginaldouchen. Die Soolbäder wurden 2 mal wöchentlich 2 Monate lang genommen.

In meinen übrigen Fällen handelte es sich um meist gut genährte kräftige, noch in den besten Jahren stehende Frauen. Ein rechtes Gegenstück zu den eben erwähnten Fällen giebt uns ein 24jähriges junges Mädchen, wo fast ohne alle locale Behandlung — Pat. bekam 4 Jodglycerintampons und blieb dann fort — ein grosses, beide hintere Quadranten und das retrocervicale Gewebe ausfüllendes Exsudat in 4 Wochen grösstentheils und in 8 Wochen ganz resorbirt war. Selbstverständlich war in der ersten Zeit Bettruhe beobachtet worden.

Eine Richtschnur für die therapeutischen Maassnahmen giebt uns das jeweilige Stadium der Krankheit. In dieser Beziehung unterscheiden wir ein Stadium des sich bildenden Exsudats und ein Stadium des ausgebildeten Exsudats.

Im ersten Stadium haben wir es mit einer frischen Entzündung und ihren Folgen, dem Fieber und den Schmerzen, zu thun. Dementsprechend wird unsere Therapie im Grossen und Ganzen eine antiphlogistische sein.

Vor Allem ist unbedingt erforderlich eine absolute Ruhe des Körpers. Schmerzlindernd wirkt man durch Eisumschläge oder besser durch Priesnitz'sche Umschläge;

letztere werden gewöhnlich besser vertragen und haben wir stets angewandt. Ferner sind Priesnitz'sche Umschläge bequemer zu machen und gefahrlos, während man bei der Eisapplication, wenn keine genügende Aufsicht vorhanden, Gangrän zu befürchten hat. In Fällen, wo der Darm leer ist, kann man zur Ruhigstellung der Peristaltik desselben vom Opium Gebrauch machen, am besten in Form von Suppositorien. Finden Kothanhäufungen statt, sind Klystiere zu verabfolgen, da diese Koprostasen einen Druck auf die entzündeten Partien ausüben. Von der Anwendung von Antipyreticis ist bei der kurzen Dauer des Fiebers abzusehen. Dagegen ist auf Diät zu sehen, und sind dementsprechende Anordnungen zu treffen.

Von einer eigentlichen localen Behandlung, wenn man von den Wasserumschlägen absieht, ist hier also nicht die Rede. Auch die von einigen Autoren empfohlenen localen Blutentziehungen kamen nicht in Anwendung. Ich möchte auch meinen, dass die damit verbundenen Manipulationen den Nutzen einer solchen illusorisch machen.

Weit anders gestaltet sich die Therapie im zweiten Stadium. Es tritt hier die locale Therapie mehr in den Vordergrund, aber gerade dieser Umstand lässt so leicht, besonders die Patientinnen, die allgemeine Körperpflege übersehen. Man bedenke immer, solange der Körper nicht gesund ist, ist an eine nachdrückliche, erfolgreiche locale Behandlung kaum zu denken. Man sorge hier vor Allem für einen geregelten Stuhlgang, an dem es, wie wir schon gesehen, so häufig mangelt. Wir haben sehr viel einen Theeaufguss (Fol. Sennae, Herb. millef., Cort. Frangulae, Rhizom. gramin. $\overline{aa}$) angewandt. Es hat dies Mittel den Vorzug der Billigkeit und kann ziemlich lange genommen werden, ohne in seiner Wirkung abgeschwächt zu werden. Natürlich wird auch hier event. mit den Abführmitteln gewechselt werden müssen. Die Kost muss selbstverständlich eine kräftige, aber dabei leicht verdauliche sein. Bei der häufig bestehenden Appetitlosigkeit habe ich Tinctura Chinae und Tinctura Rhei vinosa zu gleichen Theilen gegeben und

davon sehr häufig gute Erfolge gesehen. Ob dabei Suggestion im Spiel war, oder das Mittel wirkte, ist gleich.

Vor Allem möchte ich zur Anregung der Blutcirculation und des Stoffwechsels Vollbäder empfehlen, nur darf man nicht zu früh damit beginnen. Später, wenn man Bewegungen für unschädlich hält, hat man die Kranken zum Spazierengehen zu animiren u. s. w.

Die locale Therapie hat den Zweck, die Resorption des Exsudats zu unterstützen. Man unterscheidet hier eine medicamentöse Behandlung und eine Wasserbehandlung. Bei der ersteren verwendet man vor Allem das Jodglycerin (Jod 3: Glycerin 100) und das Ichthyol. glycerin (Ammon. sulfo-ichthyolic. 5—10 : Glycerin 100) an. Bepinselungen der Portio mit Jod wurden in der Poliklinik nicht mehr angewandt. Ich möchte diese Mittel als fast erfolglos und zum Theil schädlich in ihrer Applicationsweise verwerfen. Dieselben werden nämlich vermittelst eines Watte-Tampons, der mit dem betreffenden Medicament getränkt wird, in die Vagina eingeführt. Der wirksame Bestandtheil bei diesen Mitteln soll besonders das Glycerin durch seine wasserentziehende Eigenschaft sein. Aber man denke nur an die Zeit der Anwendung. In der ersten Zeit, wo das Exsudat noch flüssig ist und das Glycerin seine Wirksamkeit vielleicht entfalten könnte, ist es unmöglich die Tampons anzuwenden, weil sie Schmerz verursachen und die Entzündung nur verschlimmern würden. In einer späteren Zeit, wo ein Tampon vertragen würde — einzelne Frauen freilich vertragen ihn überhaupt nicht — ist das Exsudat bereits so eingedickt, dass eine wasserentziehende Wirksamkeit des Glycerins doch sehr problematisch erscheint. So habe ich denn auch von diesen Mitteln kaum eine Wirkung gesehen. Den oben erwähnten Fall, wo 4 Tampons eingelegt waren, und dann Resorption eintrat, kann man wohl kaum auf Rechnung des Jodglycerins setzen.

Eine um so bessere Wirkung erlaubt uns die Wassertherapie, und zwar wird hier durch eine künstlich gesteigerte Blutcirculation die Resorption gefördert. Wir überlassen also der Natur den Heilprocess und unterstützen ihn nur, sicherlich ein ideales Verfahren. Freilich

muss man mit dieser Behandlung recht vorsichtig sein, dass man nicht von Neuem den entzündlichen Process wieder anfacht. Vor Allem also hüte man sich vor einem zu zeitigen Anfang mit der Kur und gehe man langsam vor. Wenn wir von den Wasserumschlägen absehen, haben mildeste Wirkung die Sitzbäder. Man sorge hier ja für eine bequeme Wanne, da man sonst durch die Compression des Exsudats in einer engen Wanne mehr schaden als nützen könnte. Die Vollbäder haben schon Erwähnung gefunden. Das aber bei weitem energischste Mittel sind die Vaginaldouchen, und hier besonders die protrahirten, mit denen nach anderen Versuchen schliesslich meine Fälle alle behandelt wurden.

Wenn die vorher erwähnten Mittel gut vertragen wurden, so möchte ich sehr zu ihnen rathen. Ich habe die Vaginaldouchen so angewandt, dass 2 mal, selten 3 mal täglich Ausspülungen gemacht wurden. Es wurden dabei immer 2 Liter so langsam durchgespült, dass es 15—20 Minuten dauerte. Die Temperatur des Wassers betrug zuerst 28—30° und wurde dann allmählich bis zu 40° und darüber gesteigert. Die Erfolge waren, abgesehen von den 2 erwähnten Fällen, stets gute. Im Laufe von 3—3½ Monaten durchschnittlich war völlige Resorption erfolgt. Freilich einzelne narbige Stränge, ein etwas straffes Parametrium und bisweilen Verlagerungen des Uterus blieben als Residuen manchmal zurück. Doch glaube ich werden diese Erfolge in einer guten Praxis, wo die Lebensbedingungen bessere sind und den ärztlichen Vorschriften mehr gefolgt wird — wie oft mag in meinen Fällen eine Ausspülung unterlassen sein — noch verbessert werden können.

Am Schlusse erfülle ich eine angenehme Pflicht, wenn ich Hrn. Geheimrath Olshausen für die gütige Ueberlassung des Materials und insbesondere Hrn. Dr. Winter für die freundliche Anregung und Unterstützung bei dieser Arbeit bestens danke.

Thesen.

I.

Die Differentialdiagnose eines parametritischen Exsudats gegen ein perimetritisches ist in den meisten Fällen möglich.

II.

Die medicamentöse Behandlung der Exsudate vermittelst Tamponeinlagen ist zu verwerfen gegenüber der Wasserbehandlung.

III.

Die Bülau'sche Heberdrainage kann die Rippenresection bei der Behandlung des Empyems sehr häufig ersetzen.

Lebenslauf.

Verfasser, Alfred Pritzel, evang.-luth. Confession, wurde am 1. Sept. 1868 zu Osnabrück, Prov. Hannover, geboren als Sohn Theodor Pritzel's, Lehrers an dortiger Bürgerschule. Seine gymnasiale Ausbildung erhielt er auf dem Rathsgymnasium zu Osnabrück, welches er Ostern 1887 mit dem Reifezeugniss verliess. Er widmete sich dem Studium der Medicin in Tübingen und Berlin. Im Sommer-Semester 1889 bestand er in Tübingen die ärztliche Vorprüfung, im Sommer-Semester 1891 in Berlin das Tentamen medicum und Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit in Berlin war Verfasser verschiedentlich praktisch thätig, so in der gynäk. Klinik von Geh. Rath Olshausen, sowohl in der geburtshülflichen als auch gynäkologischen poliklinischen Abtheilung, sodann in der chirurgischen Klinik von Geh. Rath v. Bergmann und im pathologischen Institut von Geh. Rath Virchow.

Ferner besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Curse folgender Herren:

Tübingen: Braun, Eimer, Froriep, Garré, Grützner, Henke, Hüfner, Meyer, Pfeffer, Stein, Winternitz.

Berlin: v. Bardeleben, v. Bergmann, v. Esmarch, Gerhardt, Grunmach, Klemperer, Lassar, L. Lewin, v. Noorden, Olshausen, Schweigger, Senator, R. Virchow, Winter.

Allen seinen Lehrern spricht Verfasser hiermit am Schlusse seines Studiums herzlichen Dank aus.